

DISSERTATION

N° 282.

S U R LE CROUP;

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 9 décembre 1819, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine;*

PAR FRANÇ.-VICTOR-HYACINT. GINOUVÉS, de Solliés-le-Pont,
Département du Var;

Bachelier ès-lettres; ancien Elève des hospices civils de Paris et
de l'Ecole pratique de la même ville.

Protégez, conservez ces êtres animés;
Nés pour aimer un jour, qu'ils soient d'abord aimés.
Le plus grand des plaisirs leur donna l'existence;
Qu'un souvenir si doux attache à leur enfance;
D'un être faible encor qu'un autre soit l'appui,
Qu'il prodigue les soins qu'on prodigua pour lui.
A l'amour maternel la nature confie
Ces êtres imparfaits qui commencent la vie.

SAINT-LAMBERT.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.º 13.

1819.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

<i>Professeurs.</i>	M. LEROUX, Doyen.
	M. BOURDIER.
	M. BOYER, <i>Examineur.</i>
	M. CHAUSSIER, <i>Examineur.</i>
	M. CORVISART.
	M. DEYEUX, <i>Examineur.</i>
	M. DUBOIS, <i>Examineur.</i>
	M. HALLÉ.
	M. LALLEMENT.
	M. PELLETAN.
	M. PERCY.
	M. PINEL.
	M. RICHARD.
	M. THILLAYE.
	M. DES GENETTES.
	M. DUMERIL.
	M. DE JUSSIEU.
	M. RICHERAND.
	M. VAUQUELIN.
	M. DESORMEAUX.
	M. DUPUYTREN.
	M. MOREAU.
	M. ROYER-COLLARD, <i>Examineur.</i>
	M. BÉCLARD.
	M. MARJOLIN, <i>Président.</i>
	M. ORFILA.

Par délibération du 9 décembre 1798 l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR

DES PÈRES.

Hommage de piété filiale et d'une reconnaissance éternelle.

A

MONSIEUR MARJOLIN,

Professeur à l'Ecole de Médecine ; Chirurgien du Roi par quartier ;
Chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu.

Faible témoignage de reconnaissance de la part de son élève.

GINOUVÈS.

ROYAUME DE FRANCE

DES PÈRES

Hommage de pieble filiale et d'une reconnaissance éternelle.

ANTHONY MARJOLIN

Professeur à l'École de Médecine, Chirurgien du Roi par quartier;
Chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu.

Ensemble témoignage de reconnaissance de son fils.

cinquante

DISSERTATION

SUR

LE CROUP.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Si nous jetons un coup-d'œil sur les vicissitudes du premier âge de l'homme, il sera facile de nous convaincre de la multitude de maux qui commencent dès-lors à l'affliger. Quoique l'objet de tous les soins, de toutes les sollicitudes maternelles, cet être, encore faible et délicat, semble n'échapper à un danger que pour retomber dans de plus grands encore. Parmi les causes infiniment variées qui assiègent sans cesse sa fragile existence, il n'en existe point de plus insidieuse et de plus redoutable à la fois que l'impression d'un air froid et humide; c'est sous l'influence de cet agent destructeur que l'on voit se développer la plupart des affections spasmodiques ou inflammatoires qui sont le partage de l'enfance. Mais, de toutes les maladies qui peuvent naître de cette source, il n'en est aucune dont la marche soit aussi rapidement mortelle, et qui se présente avec un appareil de symptômes aussi formidable que le croup.

Le croup est une inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes, dont le caractère spécial est de tendre

constamment à la formation d'une fausse membrane dans le canal de la respiration.

En général, les auteurs qui ont traité de cette affection semblent s'être étudiés à lui donner un nom différent de celui imposé par leurs prédécesseurs ; c'est ainsi que MICHAÉLIS la nomme *angina polyposa, sive membranacea* ; HOME, *suffocatio stridula* ; VAN-BERGEN, *morbis truculentus infantum* ; CULLEN et SAUVAGES, *cynanche trachealis*, etc. Mais toutes ces dénominations étant empreintes du même défaut, et retraçant à la mémoire l'un des symptômes prédominans de la maladie plutôt que la maladie elle-même, nous leur substituerons le nom de *croup*, qui est aujourd'hui généralement employé, et qui ne peut induire en aucune erreur.

Sans entrer dans des discussions longues et fastidieuses sur le degré d'ancienneté du croup, nous nous bornerons à dire avec M. Royer-Collard que « les causes qui concourent à sa production ayant existé de tout temps, il serait bien extraordinaire « qu'elles fussent restées inactives, et pour ainsi dire silencieuses « pendant une longue suite de siècles. » Si l'on en juge en effet par le passage suivant d'*Hippocrate*, il paraît assez vraisemblable que cette affection meurtrière n'avait point échappé à l'observation de ce grand homme ; mais que, les usages religieux du temps où il vivait ne lui permettant point de faire l'ouverture des corps, il s'était trouvé dans l'impossibilité de constater son principal caractère (l'existence de la fausse membrane) : *Angina gravissima quidem est et celerrimè interimit, quæ neque in faucibus, neque in cervice quidquam conspicuum facit, plurimumque dolorem exhibet, et erectâ cervice spirationem inducit. Hæc enim eodem etiam die, et secundo, et tertio, et quarto strangulat.* (17 prænot. sect. tertia.)

Je pourrais encore citer à l'appui de mon opinion divers autres passages extraits des ouvrages d'*Arétée*, d'*Aétius*, etc. Toutefois nous devons avouer que c'est à *Ghisi*, médecin de Crémone, que l'on doit la première bonne description du croup. L'épidémie

de 1743, dont ce praticien célèbre nous a laissé un si fidèle tableau, ne tarda pas à éveiller l'attention générale sur une maladie aussi effrayante par sa marche que funeste par ses résultats.

Les régions septentrionales, les contrées voisines des bords de la mer, les pays bas, humides et marécageux, paraissent être les lieux que le croup choisit de préférence pour en faire le théâtre de ses ravages. Quoiqu'il puisse se manifester indifféremment dans toutes les saisons de l'année, on le voit pourtant régner plus fréquemment à la fin de l'automne et pendant les hivers humides qu'au printemps et en été.

Cette maladie terrible paraît être en quelque sorte l'apanage exclusif de l'enfance. Le surcroît d'énergie et de sensibilité qu'offre le système muqueux à cette époque de la vie, la grande mollesse et la laxité de son tissu abreuvé d'une quantité considérable de fluides, la facilité avec laquelle les affections catarrhales se développent chez les jeunes sujets; enfin le développement moins considérable chez l'enfant que chez l'adulte des canaux aériens, et en particulier de la glotte, qui ne présente alors que la moitié des dimensions qu'elle aura après la puberté; toutes ces circonstances, dis-je, se trouvant réunies dans le premier âge, doivent nécessairement concourir à augmenter l'activité d'une cause qui agit puissamment pour gêner le passage de l'air.

Cullen assure que les enfans ne sont jamais attaqués du croup avant l'époque de leur sevrage; mais cette règle trop exclusive nous paraît devoir subir de nombreuses exceptions. En effet, plusieurs observations de croups qui se sont manifestés durant l'allaitement, et qui par conséquent infirment l'opinion de ce grand praticien, se trouvent consignées dans le mémoire de M. *Vieusseux*.

L'affection croupale choisit ordinairement pour victimes les sujets qui n'ont point encore dépassé leur douzième année. On ne l'observe même que fort rarement après la puberté, soit qu'à

cette époque il survienne des différences notables dans les dimensions des organes vocaux ; soit (et la chose me paraît plus vraisemblable) qu'il s'opère quelque changement de nature particulière dans l'organisation et la structure de la membrane trachéale, qui, en changeant son mode de sensibilité, la préserve de ce genre d'altération.

Malgré les diverses considérations physiologiques auxquelles nous venons de nous livrer, et qui toutes, de prime abord, sembleraient devoir mettre les adultes à l'abri des atteintes du croup, il est pourtant bien constaté que le contraire peut avoir lieu dans quelques circonstances (fort rares à la vérité). Sans parler ici de l'épidémie de Crémone, qui fut également funeste à tous les âges, il me suffira de rappeler à la mémoire la mort prompte et terrible du héros de l'indépendance américaine, de l'illustre Washington, qui, parvenu à sa soixante-huitième année, succomba à cette cruelle maladie dans l'espace de vingt-quatre heures.

On ne saurait aujourd'hui révoquer en doute que le croup puisse régner épidémiquement. En effet, *Ghisi* en a observé une épidémie à Crémone en 1743 ; *Rosen*, à Stockholm et Upsal, en 1761 et 1762 ; *Van-Burgen*, à Francfort sur le Mein, en 1758. Quant à sa propriété contagieuse, elle n'est rien moins que prouvée, malgré l'autorité de quelques auteurs, et entre autres de *Rosen* et *Duboueix*, qui se sont déclarés pour l'affirmative.

Causes.

Comme celles de toutes les autres maladies, les causes du croup peuvent être distinguées en *prédisposantes* et en *occasionnelles*. Parmi les premières, nous classerons l'enfance, le tempérament lymphatique, une constitution faible et délicate, les affections catarrhales habituelles, les diverses phlegmasies cutanées, telles que la scarlatine, la variole, et surtout la rougeole ; enfin la funeste habitude malheureusement trop répandue parmi le peuple de couvrir trop légèrement les enfans.

A ces causes j'en ajouterai une qui m'a paru exercer une grande influence sur le développement de l'affection croupale ; je veux parler de la teigne. A la suite d'observations multipliées faites à l'hôpital des Enfans , je me suis convaincu que le croup sévissait d'une manière spéciale sur les sujets teigneux. A quoi tient cette coïncidence singulière ? Je l'ignore , et je me contente d'énoncer le fait.

Quant aux causes occasionnelles , elles sont fort peu connues. Cependant l'on peut regarder comme telles un changement brusque survenu dans l'atmosphère , une température froide et humide , la répercussion de certains exanthèmes cutanés aigus ou chroniques , la suppression de la transpiration , l'influence d'une constitution épidémique spéciale. Enfin il faut avouer que , dans un très-grand nombre de circonstances , le croup se développe sans causes apparentes connues.

Symptômes.

La plupart des auteurs ont divisé la marche du croup en plusieurs périodes. Les uns , à l'exemple de *Wahlbôn* , en ont établi trois : la première , dite *d'invasion* ; la seconde , *d'irritation* ; et la troisième , *d'adynamie*. D'autres , comme *Home* et *Michaëlis* , n'en admettent que deux : la première , caractérisée par l'intensité toujours croissante des phénomènes spasmodiques et inflammatoires , comprend depuis l'invasion jusqu'au moment où la difficulté de respirer annonce la présence d'un corps étranger dans la trachée ; la seconde , marquée dès son début par un état d'anxiété et d'angoisse difficile à décrire , ne tarde pas à présenter tous les phénomènes avant-coureurs d'une mort prochaine.

Quoique cette dernière division soit , comme la précédente , purement hypothétique , attendu que l'on ne peut jamais , ainsi que le prétend *Michaëlis* , reconnaître à l'aide de signes certains l'existence de la fausse membrane dans les voies aériennes , je

m'en servirai néanmoins comme d'un procédé artificiel , uniquement propre à aider la mémoire et à faciliter la description de la maladie.

Quelquefois le croup débute subitement avec l'ensemble des symptômes qui le caractérisent ; mais , le plus souvent , il se présente d'abord sous les traits insidieux d'un simple catarrhe pulmonaire. L'enfant paraît plus triste , plus inquiet que de coutume ; il fuit les jeux et les amusemens de son âge ; il se plaint de toux , de coryza , d'un peu de gêne dans la respiration ; sa voix est légèrement enrouée , les tonsilles présentent une tuméfaction remarquable. Bientôt à cet état de malaise et d'anxiété succèdent des alternatives de chaud et de froid ; les battemens du pouls s'accélèrent , la chaleur de la peau augmente , une légère somnolence se déclare ; enfin la toux , qui jusqu'alors avait été rare et peu fatigante , commence à devenir plus fréquente , et revêt un caractère particulier.

Première période.

Jusqu'ici les malades paraissent n'être affectés que d'un simple rhume , et les parens , plongés dans une sécurité profonde sur le sort de leurs enfans , négligent de recourir aux secours de l'art. Mais bientôt tout change de face : à cette apparence de bénignité de la maladie succède le spectacle le plus triste et le plus effrayant ; les premiers symptômes du croup se déclarent , et aussitôt apparaissent les phénomènes suivans : la respiration devient tout à coup pénible et sifflante ; on voit dans chaque inspiration le thorax se dilater avec force ; le larynx et la trachée-artère exécutent de grands mouvemens d'élévation et d'abaissement ; les veines trachéliennes se dessinent à travers les tégumens ; les muscles du cou sont tendus et gonflés ; la face , d'abord pâle et bouffie , prend successivement une teinte rouge de plus en plus foncée ; les yeux sont scintillans , et semblent vouloir abandonner leurs orbites. Le malade éprouve un sentiment d'étranglement et de suffocation

dans la région du larynx ; il porte machinalement ses mains sur la partie souffrante , en même temps qu'il dirige sa tête en arrière pour faciliter l'acte de la respiration. La toux devient convulsive et bruyante ; l'expectoration , d'abord rare et muqueuse , acquiert insensiblement plus de fréquence , et offre des matières visqueuses fort épaisses , quelquefois entremêlées de stries sanguinolentes ; la voix présente un changement remarquable , elle est aiguë , glapissante , et ressemble assez bien aux cris d'un jeune coq (*vox clangosa*) ; le pouls est plein , dur et accéléré ; la chaleur de la peau très-vive.

La durée ordinaire de cette période est de trois à quatre jours ; elle peut cependant se prolonger bien au-delà de cette époque , ou avoir une marche beaucoup plus rapide , selon l'état des forces du malade et le degré d'intensité des symptômes inflammatoires.

Seconde période.

Les accidens augmentent et prennent un caractère de gravité qu'ils n'avaient point eu jusqu'alors ; les accès se rapprochent davantage , et finissent par devenir presque continus. Bientôt le petit malade , en proie aux plus horribles souffrances , ne peut plus se tenir à plat dans son lit ; il se dresse sur son séant pour pouvoir respirer ; il prend et quitte en un instant mille positions désespérées. Le sifflement de la toux et de la respiration se fait entendre dans le lointain ; la dyspnée est à son comble , la suffocation imminente. Il s'opère au milieu des accès de toux et des vomissemens une expectoration de mucosités plus ou moins consistantes , accompagnées souvent de lambeaux membraniformes étendus ou tubulés. Le pouls est petit , dur et concentré. Durant les accès , le malheureux enfant , livré aux angoisses les plus cruelles , s'agite et se débat dans son lit ; son corps se trouve inondé de sueurs , ses lèvres et quelquefois toute sa figure prennent une teinte violette très-prononcée. Quelquefois à cette série de symptômes déjà si

effrayans par eux-mêmes viennent se joindre des mouvemens convulsifs. Enfin à ce tumulte et à cette agitation succède un état d'abattement remarquable ; une sueur froide et visqueuse couvre le visage décoloré du malade ; son pouls devient petit , mou , intermittent ; l'expectoration cesse , la respiration ne s'exécute plus que d'une manière sourde et convulsive ; les yeux perdent leur éclat , et enfin la mort vient terminer cette scène de désolation , tantôt d'une manière douce et tranquille , tantôt au milieu des plus affreuses douleurs. Une chose singulière et digne de fixer l'attention du médecin physiologiste , c'est qu'au milieu de ce tumulte , et pendant que l'irritation porte ses ravages sur les systèmes circulatoire et respiratoire , la déglutition et les fonctions intellectuelles restent ordinairement dans un état parfait d'intégrité.

Variétés.

Telle est la marche du croup continu ; les symptômes , loin d'aller en s'améliorant , se soutiennent , s'exaspèrent graduellement avec plus ou moins de rapidité , et une terminaison prompte et le plus souvent funeste ne tarde pas à avoir lieu. Mais la manière d'être de cette affection n'est point constamment la même ; souvent , en effet , elle présente des rémissions plus ou moins longues , et même de véritables intermissions , pendant lesquelles les enfans ne conservent que la voix et la toux particulières au croup. Ces instans de calme et de bien-être surviennent ordinairement à la suite des vomissemens ou de l'expectoration. Alors les malades reprennent leur gaîté accoutumée , la teinte livide empreinte sur leur physionomie se dissipe peu à peu , leur respiration s'exécute avec plus de liberté ; quelquefois même cette amélioration persiste , et la maladie se termine d'une manière favorable ; mais il faut avouer que ce n'est point là le cas le plus ordinaire ; le plus communément , de nouveaux accès ne tardent pas à reparaitre avec une nouvelle intensité ; il deviennent de plus en plus violens

et rapprochés, et enfin le croup finit par prendre le type continu.

Le croup est souvent précédé d'une angine gutturale fort intense. Alors la déglutition reste douloureuse, le pharynx, les tonsilles et le voile du palais présentent une rougeur et une tuméfaction remarquables; bientôt on les voit se couvrir d'une exsudation épaisse, qui se concrète sous la forme d'une fausse membrane, ordinairement très-résistante, commençant par des points isolés, surtout autour de la luette et vers les amygdales. Jusque-là il peut n'y avoir ni toux, ni altération de la voix, mais en très-peu de temps la concrétion membraneuse augmente. Alors, si on essaie de l'enlever avec des pinces, elle oppose une forte résistance, et ne se détache que par lambeaux, qu'on ne peut séparer de la muqueuse sans déchirer une multitude de petits vaisseaux qui fournissent du sang. En peu d'heures la fausse membrane s'est reproduite. On voit en même temps se développer avec plus ou moins de rapidité tous les symptômes du croup, qui paraît alors avoir débuté par le pharynx.

D'autres fois on voit, pendant le cours d'un croup laryngo-trachéal, la fausse membrane se porter dans l'arrière-bouche à travers la glotte, se prolonger même, dans quelques cas très-rare, jusqu'à dans les fosses nasales.

Si, de la marche de cette affection meurtrière nous passons à l'examen de ses symptômes, nous verrons ces derniers offrir également de nombreuses variétés chez les différens sujets. Ainsi la toux, qui, dans la période d'irritation, est ordinairement claire, sonore et humide, pourra se présenter, dans quelques circonstances, constamment rauque et sans expectoration. L'épidémie de Crémone, si bien décrite par *Ghisi*, nous fournirait au besoin des faits nombreux à l'appui de cette assertion. Il en est de même de la dyspnée, qui tantôt va graduellement en augmentant, et qui d'autres fois, au contraire, offre des rémissions bien marquées. Toutes ces modifications, et une infinité d'autres qu'il serait superflu d'énumérer ici, dépendent essentiellement du degré

d'intensité de l'inflammation, et du mode d'irritabilité nerveuse des individus malades.

Diagnostic.

Il sera toujours facile de reconnaître le croup et de le distinguer de toute autre affection lorsque les caractères tirés du son particulier de la voix et de la toux pourront être appréciés, et surtout quand le malade rendra par la voie de l'expectoration ou du vomissement des matières visqueuses et tenaces, entremêlées de lambeaux membraniformes. Ce dernier phénomène, qui n'existe que fort rarement dès le début de la maladie, est sans contredit le plus important de tous, et doit être considéré comme le seul signe pathognomonique. En effet, une voix aiguë et glapissante, une toux sifflante et convulsive, une dyspnée plus ou moins intense, peuvent se manifester dans un grand nombre de circonstances, offrir à peu près les mêmes caractères que dans le croup, et n'être cependant que les symptômes d'affections essentiellement différentes. Aussi faudra-t-il, pour éviter toute méprise, embrasser l'ensemble et la succession de tous les signes, avoir surtout égard à la nature de l'expectoration ; car aucun d'entre eux, pris isolément, ne saurait suffire pour dénoter l'affection croupale.

Si les symptômes du croup sont tellement saillans, quand ils existent, qu'ils ne puissent induire en erreur un praticien exercé, il n'en serait pas de même si l'on n'était appelé auprès du malade que durant les rémissions, ou lorsque la maladie est passée à l'état chronique. On ne pourrait même que former des conjectures vagues et incertaines, si le croup n'était qu'à son début et n'offrait que les symptômes d'un simple catarrhe pulmonaire. Dans ces cas embarrassans, le médecin devra user d'une sage circonspection, et suspendre son jugement jusqu'à ce que les progrès de la maladie ne lui laissent plus aucun doute sur son véritable caractère.

Maladies qui peuvent simuler le croup. Il est souvent plus difficile qu'on ne le pense communément d'établir des limites sûres et précises entre le croup et diverses autres affections spasmodiques ou inflammatoires, qui, sans se confondre avec lui, offrent néanmoins de nombreux points de similitude. Tels sont le catarrhe suffocant aigu et l'asthme convulsif des enfans. Ces deux maladies diffèrent si peu du croup proprement dit, soit par leur marche, soit par leurs symptômes, qu'il ne faut rien moins qu'une sagacité rare et profonde pour saisir les légères nuances qui peuvent servir à les distinguer. Je dirai plus : lorsque le croup présente des rémissions assez longues, et qu'il ne s'opère aucune expulsion de lambeaux membraniformes, je regarde comme impossible, dans le plus grand nombre des cas, de décider à laquelle de ces affections les symptômes que l'on observe doivent être rapportés. Toutefois, en établissant un parallèle exact entre ces maladies, je vais tâcher de faire ressortir de mon mieux les caractères à l'aide desquels on pourra les distinguer.

Différences du croup d'avec le catarrhe suffocant aigu. L'examen attentif de ces deux maladies qui se sont présentées plusieurs fois sous nos yeux à l'hôpital des Enfans nous porte à croire que les caractères distinctifs à l'aide desquels on peut éviter de les confondre l'une avec l'autre doivent être tirés de la différence de leur siège plutôt que de leur nature propre, qui nous paraît être au fond essentiellement la même. En effet, dans l'une comme dans l'autre, on observe l'altération de la voix, une dyspnée fort intense, une toux d'un caractère particulier, une sécrétion muqueuse plus ou moins abondante, et différens autres symptômes communs qui sembleraient établir une identité parfaite entre elles. Cependant, si l'on a égard au siège des douleurs qui occupent le thorax, et non la région cervicale, à la gêne de la respiration, qui est plutôt stertoreuse que sifflante, et surtout à la quantité considérable de mu-

cosités que l'on rencontre dans les bronches des sujets qui ont succombé au catarrhe suffocant, l'on sera convaincu que le siège essentiel de cette maladie réside dans l'intérieur de ces conduits, et que la dénomination de *croup bronchique* que lui a imposée M. *Jurine* de Genève convient parfaitement. Il est pourtant vrai de dire que, dans le croup des bronches, la voix croupale proprement dite ne se fait point entendre, et que les mucosités sécrétées dans ces canaux ne prennent jamais une forme concrète comme dans le croup du larynx et de la trachée; mais il est vraisemblable que ces modifications tiennent à la différence de siège de ces deux maladies, ou à un mode différent d'action dans les vaisseaux perspiratoires et sécrétoires de la muqueuse bronchique.

Différences du croup d'avec l'asthme aigu de MILLAR. *Underwood*, MM. *Brewer*, *Vieusseux* et *Laroche* regardent le croup et l'asthme aigu des enfans comme deux affections absolument identiques; mais les faits sur lesquels ces auteurs basent leur opinion nous paraissent être peu concluans. En effet, si, d'un côté, quelques symptômes communs semblent rapprocher ces deux maladies l'une de l'autre, d'autre part, des caractères distinctifs ne permettent pas de les confondre ensemble. C'est ainsi que, dans l'asthme de *Millar*, les malades éprouvent un sentiment de constriction dans le thorax; la toux est rare et sèche, l'expectoration nulle, la respiration stertoreuse, phénomènes que l'on ne rencontre pas ordinairement dans le croup. De plus, cette affection n'est jamais épidémique ni endémique, et la voix des enfans ressemble plutôt à l'aboïement d'un chien qu'aux cris d'un jeune coq. Enfin l'autopsie des cadavres établit la différence essentielle qui existe entre ces deux maladies, dont l'une est purement spasmodique, tandis que l'autre est à la fois spasmodique et inflammatoire. En effet, on ne trouve chez les sujets qui ont succombé à l'asthme aigu aucune trace de phlegmasie ou de concrétions membraneuses

dans l'intérieur des voies aériennes , et l'irritation nerveuse paraît seule avoir présidé aux phénomènes singuliers que cette affection a présentés durant la vie.

Les affections vermineuses donnent lieu quelquefois à des accidens extraordinaires qui simulent l'existence , soit de l'asthme aigu de *Millar*, soit du croup lui-même. Ces cas , dont les auteurs n'ont fait aucune mention , se sont présentés plusieurs fois à mon observation à l'hôpital des Enfans malades. Chez des sujets qui avaient déjà rendu des vers , on a vu survenir à une époque indéterminée une grande gêne de la respiration , une constriction pénible du thorax , l'aphonie , des menaces de suffocation , le stertor , etc. , ou bien toutes les altérations de la toux et de la voix qui caractérisent le croup. D'autres fois ces symptômes sont survenus chez des enfans qui n'avaient présenté jusqu'alors aucun signe d'affections vermineuses. Dans tous ces cas , on n'a trouvé à l'ouverture des corps aucune altération dans l'étendue des voies aériennes , ou tout au plus de très-légers dérangemens de la circulation et de l'exhalation dus à la grande gêne de la respiration avant la mort ; mais toujours on a rencontré dans le canal digestif une quantité plus ou moins considérable de vers , avec toutes les altérations organiques auxquelles ils donnent lieu ordinairement.

On conçoit aisément que les vers , qui s'accompagnent journellement des accidens nerveux les plus extraordinaires et les plus variés , puissent influencer les organes de la respiration (influence qui s'observe si communément sur ceux de la vie animale) , de manière à produire tous les symptômes de l'asthme aigu de *Millar*. On ne s'étonnera pas davantage qu'ils puissent simuler l'existence du croup en se rappelant que tous les symptômes de cette dernière maladie se sont rencontrés plus d'une fois sans qu'il y eût de fausses membranes , variété que quelques auteurs ont signalée sous le nom de *croup nerveux*.

D'ailleurs n'observe-t-on pas parmi les symptômes sympathiques des affections nerveuses la gêne de la déglutition , des picotemens

à la gorge , son resserrement spasmodique , etc. Et le cas dont il s'agit ici ne peut-il pas être regardé comme rentrant dans la même classe , et seulement porté au plus haut degré ? Pour ce qui est de la difficulté du diagnostic , elle doit être grande , surtout quand des vers n'ont pas été rendus. Dans tous les cas , le sentiment de strangulation au larynx sans douleur marquée , le défaut d'expectoration , ne suffiront pas pour faire distinguer cette complication du vrai croup , qui peut exister lui-même sans aucun de ces symptômes. Le croup lui-même ne peut-il pas survenir pendant une affection vermineuse ? Ce cas est un de ceux où l'on peut le moins donner de préceptes généraux , et où tout doit être abandonné à la sagacité du médecin.

Terminaisons. Le croup peut se terminer par la mort ou par le retour à la santé.

Lorsque l'issue de la maladie doit être funeste , on voit tous les symptômes , et en particulier la dyspnée , 'prendre graduellement un plus haut degré d'intensité : une suffocation imminente menace à chaque instant les jours du malade. Bientôt à cette agitation violente succède un état de prostration et de collapsus considérable : la face devient pâle ; l'expectoration diminue ou se supprime entièrement , la toux perd de sa fréquence , la respiration devient convulsive et stertoreuse ; le pouls de plus en plus petit et intermittent ; les extrémités s'œdémaient , et enfin la mort ne tarde pas à survenir.

Cette terminaison fâcheuse peut avoir lieu à des époques variées ; tantôt , comme *Bloom et Wahlbom* l'ont observé , elle arrive durant l'intermission la plus complète , et quelquefois même après la disparition de tous les accidens. D'autres fois , au contraire (et cela a lieu bien plus fréquemment) , la maladie marche avec une rapidité étonnante ; et la violence de l'inflammation et du spasme qui en est la suite se trouve subitement portée à un point tel , que le malade succombe à la suffocation dès le premier ou le second accès.

Le retour à la santé est principalement caractérisé par l'éloignement progressif des accès, la diminution de la toux ; de la dyspnée, et des autres symptômes qui en dépendent. Cependant l'expectoration se soutient, et les malades continuent à tousser jusqu'à leur parfait rétablissement.

Enfin quelques auteurs pensent que le croup est susceptible de passer à l'état chronique. *Salomon* rapporte un fait à l'appui de cette assertion. Le malade qui fait le sujet de son observation rendait tous les matins, par le vomissement, des lambeaux de fausses membranes, et paraissait jouir d'une parfaite santé durant le reste de la journée.

Sans prétendre en aucune manière décider cette question importante, je rapporterai à la fin de ma dissertation une observation tendant à confirmer l'opinion du petit nombre de praticiens qui admettent l'existence d'un croup chronique. L'on y verra d'abord l'affection croupale préluder par l'apparition de la rougeole, augmenter ensuite graduellement en intensité jusqu'au troisième jour où le malade se trouve sensiblement soulagé par l'expulsion de quelques lambeaux membraniformes. Cependant cette amélioration n'est pas de longue durée. Dès le cinquième jour, la dyspnée et la toux se déclarent avec plus de violence que jamais ; le malade est menacé de suffocation. Un traitement prompt et actif calme cette agitation ; la douleur du larynx et la difficulté de respirer diminuent ; la voix perd peu à peu son caractère aigu et glapissant. Le neuvième jour, de nouvelles portions de fausses membranes sont rejetées par le vomissement, ce qui produit un soulagement considérable. Dès-lors les symptômes inflammatoires perdent insensiblement de leur intensité ; ils ne disparaissent pourtant complètement qu'au bout de quarante jours.

Examen anatomique. Les symptômes extérieurs que présentent les sujets qui ont été les victimes du croup sont à peu près les mêmes que ceux produits par l'asphyxie. Ainsi leur face est livide ;

les veines du cou sont gonflées et remplies de sang. Mais ces symptômes, communs à une infinité d'autres maladies, ne peuvent, par cela même, fournir aucune donnée certaine sur le genre de mort auquel le malade a succombé. Les lésions principales et caractéristiques se trouvent dans les voies aériennes : c'est là que l'on rencontre un amas plus ou moins considérable de mucosités d'une consistance extrêmement variable. Elles se présentent tantôt sous la forme concrète et membraneuse, tantôt sous celle d'un fluide épais et visqueux. L'étendue et la configuration de ces concrétions membraniformes varient suivant la durée et le siège de la maladie. C'est ainsi que, si l'inflammation a spécialement porté ses ravages sur la muqueuse trachéale, on trouve assez communément dans cette région une fausse membrane de même forme et de même longueur que la trachée-artère, qui semble lui avoir servi de moule. Si, au contraire, l'exhalation du fluide muqueux s'est opérée dans l'intérieur du larynx, on ne découvre ordinairement que des lambeaux membraneux, minces et isolés, offrant une texture beaucoup moins serrée que les précédents. Il est encore d'observation que la fausse membrane présente en général des dimensions d'autant plus considérables que le croup a eu une durée plus longue : aussi, dans ce dernier cas, n'est-il pas rare de la voir se prolonger jusqu'aux ramifications des bronches, où elle est enfin remplacée par un fluide muqueux de couleur et de consistance variée. Enfin, dans quelques circonstances particulières, cette production membraneuse recouvre non-seulement l'intérieur du conduit aérien dans toute son étendue, mais encore elle étend ses progrès jusque dans la bouche, et quelquefois même dans les fosses nasales, qu'elle tapisse.

La couleur de la fausse membrane est ordinairement d'un blanc opaque, tirant légèrement sur le jaune : elle est pourtant quelquefois grisâtre, ou même tout-à-fait noire. Cette dernière circonstance s'observe plus particulièrement lorsque, par le fait de la durée et de l'intensité de l'irritation, le croup a revêtu le carac-

rière *adynamique*. La concrétion membraneuse se trouve assez souvent séparée de la membrane muqueuse par une quantité plus ou moins considérable de fluides : d'autres fois, au contraire, il existe entre les deux feuillets membraneux une adhérence tellement intime, qu'il est impossible de les séparer. Si l'on en croit M. *Albers*, ce liquide ainsi interposé, se concrète peu à peu dans le cas de guérison du croup, et sert enfin de moyen d'union aux deux membranes. Mais l'opinion de ce praticien, d'ailleurs fort ingénieuse, ne repose sur aucun fait certain, et ne peut en conséquence être adoptée.

Traitement.

Il est peu de sujets en médecine qui aient donné lieu à autant de dissention parmi les praticiens que le traitement du croup. Les vomitifs, les saignées, les antispasmodiques, et une foule d'autres remèdes, ont été tour à tour préconisés et rejetés par les divers auteurs. La plupart d'entre eux, méconnaissant la cause essentielle de la maladie, ne se sont occupés que de certains phénomènes secondaires de peu d'importance. C'est ainsi que les uns, ne voyant partout que du spasme, ont négligé de combattre l'inflammation, source primitive de tous les accidens nerveux qu'ils observaient, et ont ainsi cherché inutilement à combattre l'effet, tandis qu'ils laissaient subsister la cause. D'autres (*Bard* et *Kuhn* sont de ce nombre), tombant dans le même défaut, n'ont fixé leur attention que sur la violence de la dyspnée, causée par la présence d'un corps étranger dans l'intérieur des voies aériennes, et se sont montrés les antagonistes les plus violens des saignées, soit locales, soit générales. Enfin il en est, comme *Bayley* et *Middleton*, qui, se jetant dans un excès contraire, prescrivent dans tous les cas les saignées portées jusqu'à la syncope.

Comme les bornes de ma dissertation ne me permettent pas de passer en revue les divers modes de traitement proposés par les au-

teurs , je vais tâcher d'exposer d'une manière claire et succincte celui qui me paraît le plus convenable. Pour cela , je crois qu'il est indispensable d'envisager successivement le croup dans ses deux périodes. C'est faute d'avoir établi cette division importante que la plupart des auteurs sont tombés dans des erreurs extrêmement graves.

Durant la première période, le croup présente aux yeux de l'observateur le moins attentif tous les symptômes de la plus violente irritation. L'intensité de la toux et de la dyspnée, l'imminence de la suffocation , qui tend sans cesse à faire de nouveaux progrès, ne permettent pas d'hésiter un seul instant sur le choix des moyens à employer. L'indication principale , celle à laquelle doivent être subordonnées toutes les autres , est , sans contredit, de combattre promptement , et d'une manière énergique , la phlegmasie des voies aériennes. Ainsi , sans avoir égard à la prédominance de tel ou de tel autre symptôme , il faudra recourir sur-le-champ à l'emploi des saignées. Si le sujet est fort et pléthorique , la gêne de la respiration considérable, on débutera avec succès par une saignée du bras , ou , mieux encore , de la jugulaire : puis , on appliquera au-devant du cou un nombre de sangsues proportionné à l'intensité des phénomènes inflammatoires. Si , au contraire, le malade est d'une constitution faible , lymphatique , ou déjà épuisé par une maladie antérieure , il sera plus avantageux de s'en tenir à l'emploi des saignées locales, dont l'action est plus directe, et qui , pour produire le même effet , n'ont pas l'inconvénient de produire un affaiblissement aussi considérable. D'un autre côté , on cherche à produire une diversion avantageuse , à l'aide des maniluves et pédiluves irritans , des lavemens et des purgatifs , que l'on a soin de réitérer de temps à autre. L'on pourra utilement seconder l'action de ces révulsifs par l'emploi des frictions ammoniacales au-devant du cou , et des topiques rubéfiants placés à la plante des pieds. Quant aux vomitifs , leur usage ne nous paraît parfaitement indiqué durant le cours de cette période que lorsque , après l'emploi réitéré des saignées , les sym-

ptômes du croup , et en particulier la difficulté de respirer , ont éprouvé une amélioration sensible. Telle est l'opinion de *Michaëlis*, de *Salomon* et de *Callisen* , que nous adoptons entièrement, sauf une exception que nous croyons utile d'établir. On devra , en effet , s'écarter de cette règle générale lorsque le mouvement fébrile est peu considérable ; que la dyspnée est peu intense , et que la raucité de la voix et de la toux sont presque les seuls signes qui président à l'invasion du croup. Alors il sera très-souvent utile de recourir dès le début (ainsi que le conseille M. *Royer-Collard*) à l'emploi du tartrate de potasse antimonie , que l'on donne à doses assez fortes pour produire plusieurs vomissemens.

Lorsque le croup est passé à la seconde période , l'imminence de la suffocation , occasionnée par la présence de la fausse membrane dans l'intérieur du larynx , réclame à elle seule toute l'attention du médecin. Tout devra donc être subordonné à cette indication pressante. C'est alors que les médicamens irritans , propres à faciliter l'expectoration , tel que les fumigations éthérées , le kermès , l'oxymel scillitique , le polygala sénéka , associés à l'émétique ou à l'ipécacuanha , pourront être administrés avec le plus grand succès. Si , comme on n'en saurait douter , tous les efforts du médecin doivent tendre , d'un côté , à favoriser l'expulsion de la fausse membrane , de l'autre , à combattre la sécrétion vicieuse qui lui a donné naissance , nul doute qu'une potion propre à atteindre ce double résultat ne soit parfaitement indiquée. Telle est , par exemple , celle que j'ai vu souvent employer avec succès à l'hôpital des Enfans par M. *Jadelot* , et qui est composée d'une décoction rapprochée de polygala , d'une demi-once de sirop d'ipécacuanha , de dix grains d'ipécacuanha en poudre , d'une demi-once d'oxymel scillitique , et d'un grain d'émétique. On donnera cette potion par cuillerées , jusqu'à ce que le vomissement ait lieu ; et on en continuera l'usage aussi long-temps que la violence de la dyspnée paraîtra l'exiger. Seulement , il faudra devenir très-sobre sur l'emploi de ce moyen , lorsque la durée de la maladie aura jeté le malade dans un état de faiblesse et d'épuisement

considérable. Après l'emploi des vomitifs, l'application d'un large vésicatoire au-devant du cou est, sans contredit, le remède dont l'efficacité est la moins douteuse et la moins contestée. Enfin, si la maladie, perdant son caractère inflammatoire primitif, s'entourait d'accidens nerveux extraordinaires, on administrerait avec avantage les antispasmodiques, tels que le camphre, et surtout l'assafoetida.

On a encore conseillé, dans ces derniers temps, le sulfure de potasse : mais ce médicament, qui, confié à des mains habiles, peut produire les plus heureux résultats, ne doit être employé qu'avec la plus grande circonspection. En effet, si l'on n'a soin d'en ménager la dose, il enflamme l'estomac, produit des vomissemens considérables, et accélère la mort du malade au lieu de la prévenir.

Je ne parlerai point ici des préparations mercurielles, employées si fréquemment par les médecins anglais ; des bains chauds proposés par M. *Vieusseux*, ainsi que de quelques autres moyens dont l'expérience n'a point encore assez constaté l'efficacité pour pouvoir en recommander l'usage.

Enfin deux moyens extrêmes ont été conseillés pour prévenir la suffocation. Le premier consiste dans l'introduction d'une tige de baleine, garnie d'une éponge fine, dans l'intérieur du larynx ; le second, dans l'opération de la laryngotomie, ou de la trachéotomie. Mais le premier procédé, loin de remplir le but que l'on se propose (c'est-à-dire de faire cesser l'irritation en débarrassant les voies aériennes des corps étrangers qui les engouent), doit nécessairement lui donner une nouvelle intensité. Le second, conseillé par *Michaëlis*, nonobstant les dangers de son application, ne peut être suivi d'aucune utilité réelle. En effet, tant que l'on ne pourra, à l'aide de signes positifs, reconnaître le siège et l'étendue de la fausse membrane, ce moyen devra être constamment rejeté de la pratique.

I.^{re} OBSERVATION.*Croup membraneux compliqué d'entérite.*

Louis Léger, d'une assez bonne constitution, avait été traité et guéri à l'hôpital des Enfants, d'une entérite, durant le mois de février 1818. Cependant, vers le milieu du mois de la même année, les symptômes de phlegmasie intestinale reparurent, ce qui força le malade de rentrer à l'hospice.

À son entrée, on observa, outre les symptômes de l'entérite, de la bouffissure à la face, une toux fréquente, et une douleur au côté droit de la poitrine, qui rendait un son mat. Une saignée du bras fut pratiquée, et fit disparaître presque entièrement les symptômes de la péricnemonie : ceux de l'entérite persistèrent, quoiqu'à un degré moindre, et nécessitèrent deux applications de sangsues sur l'abdomen, dont la dernière eut lieu le 4 juin.

Pendant tout ce temps, et jusqu'au 7 de ce mois, on se borna à prescrire des boissons adoucissantes à l'intérieur, et des fomentations émollientes sur le bas-ventre. Malgré l'emploi de ces moyens, les symptômes d'entérite avaient persisté.

Le 7 juin, retour de la bouffissure de la face, qui avait disparu depuis la saignée; yeux entr'ouverts, un peu caves; respiration accélérée; voix enrouée; la poitrine résonne bien; langue un peu rouge sur ses bords; appétit nul; ventre légèrement tuméfié et douloureux dans les environs de l'ombilic, sans tension; dévoiement; pouls fréquent, développé, régulier; peau chaude, plus moite que les jours précédens.

Prescription : infusion de violette, demi-potion gommeuse, fomentations avec l'oxycrat sur le ventre, un demi-lavement de mauve et de têtes de pavot. Le soir, fièvre plus forte,

respiration plus accélérée : pendant la nuit , insomnie , agitation.

Le 8 au matin , face plus bouffie , animée , colorée aux pommettes ; point de céphalalgie ; yeux à demi-renversés , de manière à ne laisser voir que la cornée opaque ; voix enrouée , basse ; toux rauque , bruyante et sifflante ; douleur à la région du larynx ; respiration accélérée ; grands mouvemens de dilatation des parois thoraciques ; pouls fréquent , moins développé que la veille ; même état de la peau ; les symptômes de l'entérite persistent.

Prescription : une infusion de fleurs de mauve et de violettes pour boisson ; deux ventouses scarifiées sur le cou , à défaut de sangsues , et une potion vomitive composée d'une décoction rapprochée de polygala , avec addition d'une demi-once de sirop d'ipécacuanha , de dix grains d'ipécacuanha en poudre , d'une demi-once d'oxymel scillitique et d'un grain d'émétique. Dans l'après-midi , des vomissemens abondans ont lieu , avec expulsion de matières muqueuses , jaunâtres et épaisses , contenant quelques débris de lambeaux membraniformes. Le soir , un peu moins d'oppression et de fièvre ; pendant la nuit , grande agitation ; respiration extrêmement difficile ; quelques menaces de suffocation.

Le 9 au matin , face triste et bouffie ; dilatation des ailes du nez ; langue naturelle ; respiration précipitée ; l'inspiration est sifflante ; l'expiration bruyante ; toux rare et incomplète , sans expectoration ; dilatation extrêmement pénible des parois de la poitrine ; battemens du cœur étendus , soulevant l'épigastre ; ventre souple , mais tuméfié et douloureux à la pression ; peau chaude , surtout à l'abdomen ; sèche , excepté à la face , à la poitrine et aux bras , où elle est un peu moite ; accès de dyspnée et d'agitation , pendant lesquels le malade renverse sa tête en arrière , avec des signes d'anxiété extrême ; les yeux ne laissent voir que la sclérotique ; la figure se

grippe , et les bras s'arc-boutent , pour donner à la poitrine un point d'appui plus solide ; les selles sont fréquentes , mais assez solides ; les urines sont rares , un peu foncées en couleur ; pouls fréquent , petit , mais égal et régulier , si ce n'est durant les accès de dyspnée , où il est inégal et intermittent.

Prescription : un sinapisme à chaque jambe ; sulfure de potasse , un scrupule ; six sangsues au cou ; potion vomitive énoncée ci-dessus. Dans le courant de la journée , vomissemens abondans , avec expulsion d'un liquide jaune purulent et de matières semblables à celles de la veille. L'écoulement de sang produit par les sangsues avait d'abord paru soulager le malade ; mais bientôt , les menaces de suffocation se renouvelant , on fut obligé de provoquer de nouveaux vomissemens avec la potion vomitive. A six heures du soir , l'anxiété étoit extrême ; la respiration râlante ; le pouls excessivement petit ; un vésicatoire fut appliqué à la partie antérieure du cou. A neuf heures du soir , face pâle , plus infiltrée que le matin ; yeux saillans et fixes ; le malade rejette constamment sa tête en arrière , et ne peut respirer qu'assis sur son séant ; la respiration devient extrêmement précipitée , bruyante ; la bouche se remplit de mucosités filantes , tenaces , écumeuses , qui ne sont expulsées qu'avec la plus grande peine ; la toux est nulle ; la peau froide et couverte d'une sueur visqueuse ; le pouls très-petit , fréquent , intermittent ; deux sinapismes sont appliqués à la partie interne des bras ; une nouvelle dose de sulfure est donnée. L'enfant , excité un peu par les sinapismes , éprouve encore quelques vomissemens , à la suite desquels l'anxiété diminue , et la respiration devient un peu plus libre.

Vers le matin du 10 , retour de l'anxiété. A huit heures du matin , face pâle , livide autour des yeux et vers les ailes du nez ; bouffissure des joues ; yeux tristes , abattus , entr'ouverts ; langue pâle , un peu grise à la base ; écartement des lèvres comme pour humer l'air à chaque inspiration ; la respiration est accélérée , moins

bruyante que la veille , mais accompagnée d'un râlement sourd ; battement des artères carotides ; peau plus chaude que la veille au soir ; pouls petit , fréquent , mais régulier. Cet état continue jusqu'à quatre heures de l'après-midi. Alors , retour de l'anxiété ; face extrêmement livide ; yeux éteints ; pupilles dilatées , insensibles à la lumière ; pouls très-petit et fréquent , intermittent ; écume à la bouche ; respiration stertoreuse ; peau froide ; déjections involontaires. Mort à cinq heures et demie.

Autopsie. (Tête.) Le cerveau et ses membranes rouges et injectés ; exsudation séreuse peu abondante , rougeâtre dans la grande cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules latéraux.

Larynx et poitrine. Le larynx et la trachée-artère étaient tapissés par une fausse membrane paraissant être sur le point de s'organiser , tenant à la muqueuse par des filamens très-courts et peu solides , de l'épaisseur d'environ un quart de ligne ; assez consistante pour résister à une traction modérée , un peu rougeâtre à sa surface adhérente , d'un blanc jaunâtre à sa surface libre , qui était baignée par une quantité considérable de pus. Elle commençait à la glotte , où elle était très-mince , augmentait bientôt d'épaisseur , remplissait les ventricules du larynx , et se prolongeait dans la trachée et les bronches , où elle devenait de plus en plus mince ; elle disparaissait au-delà de la deuxième division des bronches , où l'on ne voyait plus que de la rougeur à la membrane muqueuse. Au larynx et à la trachée-artère , la muqueuse présentait sa couleur naturelle ; les poumons étaient sains : à droite , on rencontrait sur la plèvre pulmonaire quelques productions membraneuses peu consistantes ; sur la plèvre costale quelques petits tubercules ; les poumons , incisés , laissaient couler une grande quantité de pus par les ouvertures des rameaux bronchiques , qui paraissaient très-dilatés. Au-devant de la bifurcation des bronches était un tubercule de la largeur d'un pouce et demi , adhérent à la trachée-artère , qu'il paraissait comprimer ; plusieurs

autres tubercules durs , non suppurés , se trouvaient autour des bronches et des vaisseaux pulmonaires. Cœur sain.

Abdomen. Estomac enflammé, escharifié, d'un rouge brun, présentant des taches noires verdâtres; membrane muqueuse friable, se détachant aisément, présentant çà et là des plaques rougeâtres. Quelques ulcérations à la fin de l'iléon.

II.^e OBSERVATION.

Croup membraneux passé à l'état chronique.

Maurice Beaujeu, âgé de onze ans, d'une constitution lymphatique, affecté de teigne, éprouvait depuis deux jours de la toux, un larmolement, des étternuemens, et une douleur sourde dans la région du larynx.

Le 31 mars, éruption de la rougeole et augmentation de la douleur du larynx qui en peu de temps prend une intensité extrême, malgré un violent épistaxis qui s'était déclaré dans la matinée. Le soir, voix très-enrouée; toux rauque et sifflante à la fois; respiration précipitée. (Huit sangsues au cou, pédiluves sinapisés.)

Le 1.^{er} avril, face tuméfiée; rougeole moins apparente que la veille; paupières gonflées; yeux rouges et larmoyans; langue rougeâtre, allongée en pointe; ventre légèrement tuméfié, sans douleur; constipation; voix à peine distincte, basse, étouffée, toux fréquente, sifflante, et offrant les caractères de celle du croup; douleur à la région du larynx et de la trachée-artère; respiration fréquente; pouls petit, intermittent, précipité, menaces de suffocation. (Orge oxymellé, émulsion, sulfure de potasse, fumigations émollientes et éthérées; un vésicatoire au-devant du cou; deux vésicatoires aux jambes; lavement de miel mercurial ʒ iij.) Vomissements abondans et déjections considérables. Le soir, amélioration

notable dans l'état de la voix, de la toux et de la respiration; fièvre modérée; nuit assez calme.

Le 2 avril, disparition complète des taches de la rougeole; voix encore enrouée; toux encore rauque et sifflante; visage moins bouffi; peu de fièvre. (Sulfure de potasse, fumigations.) Plusieurs vomissemens ont lieu, pendant lesquels des lambeaux assez considérables de fausses membranes sont rejetés. Le soir, même état; sommeil pendant la nuit.

Le 3, figure toujours bouffie, pâle; langue rouge à la pointe et aux bords; toux moins rauque et encore sifflante; voix basse et enrouée; douleur du larynx encore vive; point de selles. (Orge oxymellé, sulfure de potasse, émulsions, fumigations émoullientes et éthérées, sinapismes aux pieds.) Point de vomissemens. Le soir, forte exacerbation.

Le 4, face plus bouffie, d'une teinte uniforme et violacée; voix et toux offrant les mêmes caractères, persistance de la douleur; respiration courte, précipitée; pouls fréquent, petit, intermittent. (Potion vomitive faite avec une forte décoction de polygala, une demi-once de sirop d'ipécacuanha, 8 grains d'ipécacuanha en poudre, une demi-once d'oxymel scillitique et un grain d'émétique; sulfure de potasse 30 grains, sinapismes aux pieds.) Vomissemens, sans expulsion de lambeaux membraniformes; plusieurs selles; un ver lombric est rendu par l'anus. Le soir, forte exacerbation; pouls fréquent, plus développé, plus régulier; peau chaude; agitation pendant la nuit.

Le 5, fièvre forte; douleur plus vive au larynx; voix moins distincte; toux rauque et sifflante. (Sulfure de potasse un scrupule; potion vomitive énoncée ci-dessus; huit sangsues au-devant du larynx; sinapismes aux jambes.) Ecoulement de sang abondant; vomissement. Le soir, exacerbation moins forte.

Le 6 avril, face moins bouffie, moins colorée; langue moins

rouge ; larynx toujours douloureux ; aphonie complète ; toux moins fréquente , peu sifflante ; pouls fréquent , petit , assez régulier. (Potion vomitive , sulfure de potasse.) Pendant la journée , plusieurs selles , mais vomissemens peu abondans. Le soir , fièvre assez forte.

Le 7 , face colorée ; langue muqueuse à sa base ; larynx encore douloureux ; toux moins rauque ; peau chaude , pouls fréquent , plus développé ; dévoiement. (Potion vomitive , sulfure de potasse deux scrupules , sinapismes à la plante des pieds.) Vomissemens ; un ver lombric est rendu par les selles. Le soir , fièvre modérée ; même état de la voix ; toux plus rare.

Le 8 avril , le visage est bon ; la voix , quoique basse , est un peu plus distincte ; la toux moins rauque ; la chaleur moins forte ; le pouls régulier ; la langue toujours très-rouge à sa pointe et à ses bords. (Sulfure de potasse deux scrupules , sinapismes , fumigations.) Vomissemens avec expulsion d'un lambeau membraniforme de la grandeur d'un écu de trois livres. Le soir , fièvre très-forte ; agitation.

Le 9 avril , face plus colorée , plus bouffie ; langue plus rouge ; douleur plus vive au larynx ; aphonie presque complète ; toux rauque , peu sifflante ; respiration précipitée ; pouls fréquent , développé. (Sinapismes , quatre sangsues au-devant du larynx , sulfure de potasse un scrupule.) Vomissemens le soir ; fièvre forte ; aphonie ; plusieurs selles.

Le 10 , peau moins chaude ; pouls petit et fréquent ; peu de douleur au larynx ; même état de la toux ; voix un peu plus distincte. (Fumigations éthérées , mousse de Corse $\frac{3}{4}$ ij , sinapismes.) Continuation du dévoiement.

Le 11 , même état de la voix ; toux moins rauque ; pouls vif , fréquent , régulier , assez fort ; les urines citrines laissent déposer ,

sous forme de filamens légers, quelques mucosités. Le malade se plaint d'une douleur à la partie latérale gauche de la poitrine, augmentant par la toux et la pression. (Emulsion camphrée, mousse de Corse, cinq sangsues au côté gauche du thorax. Le soir, fièvre moins forte.

Le 12, état stationnaire des symptômes ; la douleur pleurétique est beaucoup moins vive. (Mauve, émulsion, cataplasmes.)

Le 13, même état de la gorge ; langue toujours rougeâtre à ses bords et à sa pointe ; plus de douleur au côté gauche. (Mauve, émulsion, potion vomitive, mousse de Corse.)

Les 14, 15 et 16 avril, voix un peu distincte ; pouls un peu plus développé, régulier ; fièvre revenant toujours le soir, mais moins forte. Il y a plusieurs selles par jour ; la toux est toujours sifflante et bruyante.

Les jours suivans, on provoque des nausées à l'aide du sirop d'ipécacuanha ; la voix est un peu plus distincte ; la toux moins fréquente. Le soir, il y a un peu de fièvre ; la diarrhée a disparu.

Le 25, cessation de la fièvre ; la voix est encore enrouée et rauque, mais à un moindre degré. On continue de donner alternativement quelques doses de sirop d'ipécacuanha ou de sulfure de potasse.

Le 15 mai, le malade est sorti parfaitement guéri ; la voix et la toux n'offraient rien qui indiquât une altération quelconque du larynx ou de la trachée.

III. OBSERVATION.

Affection vermineuse simulant le croup.

Victor Davesié, âgé de vingt-cinq mois, entra le 29 octobre 1818 à l'hôpital des Enfans, pour se faire traiter d'ulcères scrophuleux au cou, et d'un gonflement avec carie et fistules de deux doigts de la main droite. Toute l'habitude du corps de l'enfant était pâle et un peu infiltrée. Un traitement amer et fortifiant parut d'abord lui rendre des couleurs et de l'embonpoint.

Le 15 novembre, dévoiement. Les jours suivans, sortie par les selles de plusieurs vers lombrics. On le mit à l'usage de la mousse de Corse et de l'infusion de valériane. Il fut plusieurs jours sans rendre de vers.

Le 5 décembre, toux sèche, rauque; voix enrouée; fièvre. On mit deux sangsues au cou; des frictions avec le liniment ammoniacal furent faites sur cette région, et l'on fit vomir le malade avec la décoction d'ipécacuanha. Les jours suivans, augmentation des symptômes; aphonie; toux convulsive et bruyante; respiration sifflante et accélérée; menaces de suffocation. (Vomitifs.) Un ver fut rendu par la bouche.

Le 11 décembre, assoupissement; pâleur et bouffissure de la face; infiltration des jambes; persistance de la toux et de l'enrouement; oppression extrême. Mort.

M. le docteur Jadelot, qui joint à de profondes connaissances un diagnostic fin et délicat, ne s'était nullement mépris sur la nature de cette affection. Aussi les médicamens anthelminthiques avaient-ils été prescrits dès le début de la maladie.

Examen anatomique. Cerveau mou, injecté; épanchement d'une once environ de sérosité limpide dans les ventricules latéraux; larynx et trachée-artère parfaitement sains; les poumons engor-

gés de sang, mais bien crépitans ; nuls tubercules ; un peu de sérosité dans les plèvres et le péricarde.

La membrane muqueuse de l'estomac était d'un rouge très-foncé, tapissée par une matière blanche, homogène, semblable à de la bouillie très-liquide, contenant deux vers lombrics.

Le canal intestinal, phlogosé dans la plus grande partie de son étendue, était rempli d'une quantité très-considérable de vers ascarides lombricoïdes.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* CORNARIO).

I.

Mutationes temporum maximè pariunt morbos ; et in temporibus magnæ mutationes frigoris, aut caloris, et reliqua juxta rationem hoc modo. *Sect. 3, n.º 1.*

II.

Vita brevis, ars longa, tempus præceps, experimentum periculosum, judicium difficile. Oportet autem non solùm se ipsum exhibere quæ decent facientem, sed etiam ægrotum, et præsentem, et quæ externa sunt. *Sect. 1, n.º 1.*

III.

Si à febre occupato, tumore non existente in faucibus, suffocatio derepentè contingat, lethale est. *Sect. 4, aph. 34.*

IV.

Quicumque anginam effugiunt, his ad pulmonem vertitur, et in septem diebus moriuntur. Si verò has effugerint, suppurati fiunt. *Sect. 5, aph. 10.*

V.

In acutis affectionibus, quæ cum febre fiunt luctuosæ respirationes, malum. *Sect. 6, aph. 54.*